

Travail du Service du Professeur René LERICHE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

No

213

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CONTE

Né le 19 février 1915, à Paris (7^e)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1943.

**Le Traitement neurochirurgical
du Mégadolichocôlon
d'après 20 observations**

Président : M. ABRAMI, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **CONTE.**

Prénom : **Pierre.**

Date de la soutenance : 28 juin 1943

Numéro d'ordre : _____

1

CONTE (Pierre). — Le Traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon d'après 20 observations. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 68 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

2

CONTE (Pierre) — Le Traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon d'après 20 observations. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 68 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

3

CONTE (Pierre). — Le Traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon d'après 20 observations. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 68 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

4

CONTE (Pierre). — Le Traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon d'après 20 observations. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 68 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

Travail du Service du Professeur René LERICHE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CONTE

Né le 19 février 1915, à Paris (7°)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1943.

Le Traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon d'après 20 observations

Président : M. ABRAMI, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

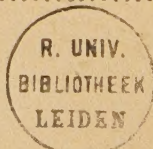
1943

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY.
	RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LÉVY-VALENSI.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
	BROCQ.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	SÉNÈQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT
	N...
	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGRETZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÈGES RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		GATELLIER...	
CHABROL.....		de GAUDART	
CHEVALLIER....		d'ALLAINES	
LAROCHE Guy...		MOULONGUET	
MOREAU		MOURE	
SÉZARY			

MM.	
ÉCALLE.....	} Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME.....	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre Jury de
thèse.*

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LERICHE

Professeur au Collège de France

*Qui nous a dirigé dans notre travail et
dont la bienveillance nous a été d'un pré-
cieux secours.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERVELLE

En qui nous avons trouvé à tout moment un conseiller et un excellent ami.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLECHMANN

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL
LÉOPOLD BELLAN

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

Le Traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon d'après 20 observations

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de suivre pendant plusieurs mois les consultations du Professeur LERICHE à l'Hôpital Léopold Bellan, il nous a paru intéressant de récapituler dans notre thèse les cas de mégadolichocôlon qu'il nous a été donné d'observer et de suivre aux diverses phases de leur traitement neurochirurgical.

Malgré les beaux résultats obtenus par la neurochirurgie dans le traitement de cette affection, la conduite à tenir est encore discutée par beaucoup, la plupart du temps, il faut bien l'avouer, sans arguments bien précis.

Notre but est simplement de voir ce que sont devenus un certain nombre de malades traités dans le Service du Professeur LERICHE, depuis l'arrivée de ce dernier à Paris, c'est-à-dire depuis un an.

On nous objectera certainement qu'un recul d'un an n'est pas suffisant, mais les travaux de LERICHE et de ses élèves, VASSILAROS, CUVEREAUX, et plus ré-

cemment SERVELLE, ont bien mis en évidence que les résultats se maintenaient pendant plusieurs années, puisque certains des malades dont ils ont rapporté l'observation ont pu être suivis pendant 6 et 7 ans.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue générale sur la thérapeutique du mégadolichocôlon, mais seulement de collationner quelques faits précis de façon à pouvoir en tirer des conclusions valables.

Nous commencerons cependant par donner quelques définitions indispensables qui éclaireront sur l'esprit de la méthode. Puis, après avoir rapporté les observations, nous verrons quels sont les résultats obtenus, et quelles déductions nous sommes en droit de faire.

Les circonstances présentes ne nous ont pas permis de présenter à l'appui de nos observations la reproduction des clichés radiographiques comme nous en avions l'intention. Nous nous sommes donc contentés de mesurer le calibre des côlons toutes les fois que cela nous a été possible, pour fixer indiscutablement et objectivement les images obtenues au cours du traitement.

CHAPITRE PREMIER

Relations entre mégacôlon et dolichocôlon.

Quand on parle de mégacôlon, la plupart des auteurs n'ont en vue que le mégacôlon de l'enfant appelé encore maladie de Hirschsprung, certains discutant même l'existence de cette maladie chez l'adulte. Classiquement, cependant, à côté de la maladie de l'enfant, on distingue :

1^o Les dilatations coliques au-dessus d'un obstacle (rétrécissement anal, atrésie du sphincter). Nous ne nous occuperons pas de ces dilatations secondaires.

2^o Les augmentations de calibre : mégacôlon.

3^o Les augmentations de longueur : dolichocôlon.

LERICHE dans son article de la *Presse médicale* du 28 janvier 1941 a montré nettement comment il fallait comprendre, à la lumière de la chirurgie physiologique, la physiopathologie du mégacôlon et du dolichocôlon. A première vue, en effet, dolicho et méga paraissent être deux affections distinctes. Le premier ne serait qu'un côlon trop long avec des parois normales, et donnerait des troubles minimes. Le second au contraire, aurait une symptomatologie

•

plus nette remontant le plus souvent à la première enfance et aurait anatomiquement des parois hypertrophiées.

Cependant quand on regarde les clichés radiographiques de malades présentant la symptomatologie habituelle au mégacôlon, on se rend compte que, très fréquemment, il y a association de l'excès de calibre et de l'excès de longueur. Nos observations sont particulièrement typiques à ce sujet, et l'on se rendra compte à la lecture de l'histoire de nos malades que les cas purs de dolicho ou de méga sont vraiment exceptionnels. Le plus souvent, quand l'affection n'intéresse que le sigmoïde, il y a en même temps allongement et dilatation. Quand tout le côlon est atteint, il y a presque toujours une augmentation de longueur à laquelle est associé soit un méga-cœcum, soit un méga-sigmoïde. Et l'on voit ainsi que le trouble n'intéresse pas seulement la fibre circulaire mais en même temps la fibre longitudinale.

Même dans la maladie de Hirschsprung où le trouble atteint surtout le sigmoïde, il y a presque toujours en même temps que l'excès de calibre sur lequel on a trop exclusivement insisté, une augmentation de longueur : on voit en effet fréquemment une énorme anse sigmoïdienne dont le sommet de la boucle est à hauteur de l'angle gauche.

De plus, chez un de nos enfants atteint de maladie de Hirschsprung, le sigmoïde est normal et l'énorme dilatation avec augmentation de longueur atteint tout le côlon descendant.

Il nous faut donc admettre que, dans le mégacôlon, le trouble fonctionnel et anatomique porte aussi bien sur les fibres circulaires que sur les fibres longitudinales.

Le traitement neurochirurgical en apporte des preuves presque expérimentales. Nous verrons dans nos observations l'amélioration anatomique porter à la fois sur le calibre et sur la longueur. LERICHE, dans la *Presse médicale* du 22 décembre 1937, signalait déjà la disparition après traitement d'une anse supplémentaire dilatée qu'il croyait définitive. Dans son article du 28 janvier 1941 auquel nous avons déjà fait allusion, il publie des radiographies vraiment démonstratives à ce sujet. ORBAN, GAINARD, ont publié des observations analogues.

SERVELLE dans sa thèse, au sujet des 17 observations qu'il a pu suivre lui-même, note :

- 13 fois l'association dolicho-et méga,
- 3 fois dolichocôlon sans dilatation,
- 1 fois une dilatation sans allongement. Il s'agissait d'un mégacœcum.

Cette idée que LERICHE défend depuis longtemps est encore soutenue par MILONE dans une communication à la Société piémontaise de chirurgie, le 15 juillet 1939 et par PAESSLER, dans son livre *Mégacôlon und Megacystis* (1938).

ALBRECHT, HURST, MEYERS, CUVEREAUX et VASSILAROS ont rapporté des observations qui plaident dans le même sens. Il semble donc impossible de séparer

nettement dolichocôlon et mégacôlon. Ne voit-on pas d'ailleurs, dans une observation de LERICHE rapportée par VASSILAROS, chez le même enfant, une radiographie mettre en évidence à l'âge de 4 ans, un simple dolicho-sigmoïde et 2 ans plus tard, un splendide mégasigmoïde ?

On retrouve d'ailleurs fréquemment des faits analogues lorsque l'on se donne la peine de suivre radiologiquement de tels malades et l'on est souvent surpris de l'alternance de ces deux anomalies.

C'est d'ailleurs à dessein que nous avons choisi pour titre la dénomination de mégadolichocôlon.

Un fait qui nous éclaire singulièrement sur le mécanisme de ces dystrophies est leur association avec des dilatations d'autres segments du tube digestif, ou même des voies excrétrices du rein. LERICHE a signalé deux fois l'association mégacôlon-mégavessie-méga-uretère. ADAMSON et AIRD, puis PAESSLER, notent également l'association mégacôlon et dilatation urétérale. LUNA et LAVAL signalent, au Brésil, l'association méga-œsophage et mégacôlon. SERVELLE, dans sa thèse, signale également l'association méga-estomac, méga-duodénum et mégacôlon, estomac en cascade et mégacôlon, ainsi que mégacôlon et mégaœsophage. Nous rapportons ici un cas d'hydronéphrose associée à un mégacôlon (Obs. XVI). Ces associations permettent d'éliminer les pathogénies habituellement invoquées pour le mégacôlon : malformations congénitales de la paroi, obstacles sphinctériens. C'est le grand mérite de LERICHE d'avoir pensé pour toutes

ces dilatations d'organes à une cause générale, à savoir un trouble de l'innervation extrinsèque, portant sur le sympathique inhibiteur, aussi bien des fibres circulaires que des fibres longitudinales. Il ne s'agit donc pas, dans tous les cas, d'intestin, d'estomac, d'uretère, de vessie, d'œsophage, forcés. Ces dilatations peuvent disparaître parfois instantanément, le plus souvent assez rapidement, si les troubles nerveux sont corrigés comme dans l'anesthésie du sympathique lombaire, et, inversement, ils peuvent être déclenchés par l'administration de toxiques : ce sont les cas de mégadolichocôlons, de mégacœsophages et de mégaduodéniums rapportés récemment par HILLEMAND (*Presse médicale*), à la suite de toxicomanies, et loin de s'opposer à la théorie uniciste de LERICHE comme le pense HILLEMAND, ces faits nous apportent des arguments en faveur de la théorie que nous soutenons.

A l'appui des idées que nous avançons, nous allons voir maintenant l'effet de l'anesthésie du sympathique lombaire sur un cas de mégacôlon. C'est d'ailleurs un test constant, et il faut admettre que lorsqu'il n'existe pas, c'est que la chaîne lombaire ou le splanchnique n'ont pas été atteints par la solution anesthésique.

Le mieux est de commencer l'examen par une radioscopie sans préparation. On peut ainsi, avant le lavement, avoir une idée très exacte de la dilatation et se rendre compte qu'aucune contraction n'anime le segment dilaté. Ce n'est qu'ensuite que le lavement baryté est administré, le plus souvent sans

déterminer de douleurs ni de contractions. Il faut des quantités importantes de bouillie barytée pour remplir tout le côlon ; souvent 3 litres de bouillie ne suffisent pas. L'atonie est encore plus évidente après ce lavement opaque. L'infiltration lombaire est faite sur la table de radiologie à hauteur de L₁ soit uni-, soit bilatérale. Si l'anesthésie lombaire a été correctement faite, dans les 10 minutes qui suivent, des contractions plus ou moins importantes, mais toujours très évidentes à la radioscopie, apparaissent. Parfois le malade accuse des sensations de coliques, et, si l'infiltration a été bilatérale, il éprouve souvent le besoin d'aller à la selle. On perçoit plus rarement quelques gargouillements traduisant le réveil du péristaltisme. Ceci se produit, qu'il s'agisse du mégacôlon de l'enfant ou du mégacôlon de l'adulte, ou simplement de dolichocôlon.

Force est donc d'admettre que ces affections en apparence si différentes relèvent d'une même cause et il est normal de s'adresser à un traitement étiologique comme l'est dans le cas présent la sympathectomie lombaire associée suivant les cas à la splanchnisectomie. Ce n'est que dans les dilatations vraiment énormes où ces interventions sympathiques sont pratiquées trop tard et ne donnent de ce fait qu'un résultat incomplet, qu'il est rationnel d'envisager une colectomie le plus souvent partielle.

Les observations qui suivent vont mettre nettement en évidence la façon dont nous comprenons le traitement du mégadolichocôlon.

CHAPITRE DEUXIÈME

Observations.

Dans ce chapitre nous rapporterons les observations de cas de mégadolichocôlons étudiés pour la plupart dans le service du Professeur LERICHE, et dont quelques-uns ont été recueillis dans des services ayant collaboré avec lui.

Certains malades ont été simplement infiltrés. Nous pensons que, quand le trouble est marqué, l'infiltration à elle seule est insuffisante ; si elle peut suffire pour les cas bénins, elle doit rester, pour les autres, un test utile et sera surtout employée comme traitement préopératoire de façon à intervenir sur un abdomen moins météorisé.

Nous commencerons par donner ces cas uniquement infiltrés, et nous terminerons par les cas opérés.

A. MÉGADOLICHOCOLONS TRAITÉS PAR INFILTRATIONS SPLANCHNIQUES

OBSERVATION I.

A. — Dolichocôlon amélioré par infiltrations splanchniques.

M^{me} Louise B..., âgée de 41 ans, est envoyée par le D^r HETZ-BOYER au Professeur LERICHE le 9 septembre 1942.

Elle présente des vomissements et des céphalées intenses. Les vomissements surviennent principalement la nuit alors que pendant toute la journée elle accuse un état nauséux et une anorexie marqués. Elle n'a jamais de fièvre. La malade s'endort le soir pour se réveiller en proie à des céphalées sans localisation précise, tantôt sus-orbitaires tantôt occipitales. Puis apparaissent des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux qui fatiguent énormément la malade et entraînent un état de dénutrition prononcée.

Tout se passe sans qu'une douleur localisée puisse être notée. On ne relève ni état syncopal, ni perte de connaissance.

Les digestions sont lentes et pénibles quoique la malade ait un appétit excellent.

Les premières crises sont survenues il y a 10 ans au rythme de une crise par mois, puis elles se rapprochent de plus en plus.

Une radiographie faite il y a 7 ans montre une ptose gastrique. La constipation cède au traitement médical classique. Les règles qui ont toujours été abondantes augmentent encore de durée et d'intensité, obligeant la malade à garder le lit plusieurs jours.

Une hystérectomie pratiquée en 1935 n'a donné aucune amélioration.

En présence de cette symptomatologie, le Professeur LERICHE demande un examen radiographique qui montre une dilochocôlon typique.

Le lavement baryté met en évidence un sigmoïde très contourné. Le descendant et le transverse présentent également des courbures anormales.

On décide de soumettre la malade à un traitement par les infiltrations splanchniques ; 10 infiltrations pratiquées du 14 au 30 septembre améliorent sensiblement son état. Le 11 octobre les vomissements et la céphalée ont disparu.

Cette malade revue au mois d'avril présente un état général satisfaisant.

Les troubles dont elle se plaignait n'ont pas réapparus et on peut la considérer comme fonctionnellement guérie.

Dans ce cas, les infiltrations splanchniques seules ont eu raison de troubles apparus 10 ans auparavant.

OBSERVATION II.

Dolichosigmoïde traité par infiltrations splanchniques.

Le jeune L... Robert, âgé de 9 ans, est amené à la consultation du Professeur LERICHE le 30 décembre 1942 parce que, depuis sa naissance, il présente des selles fréquentes

et diarrhéiques s'accompagnant d'un abdomen très volumineux, distendu, quoique son régime alimentaire soit normal.

Vers 4 ans, il a même présenté des coliques au cours desquelles on a pu constater l'évacuation de glaires sanguinolentes. Depuis cette époque, les crises de colique sont devenues de plus en plus fréquentes, au nombre de 3 à 4 par jour, survenant immédiatement après les repas. On a pu noter jusqu'à 10 selles dans la même journée, avec évacuation de liquide aqueux ou d'aliments non digérés.

Une radiographie après lavement baryté pratiquée par le Dr MARCHAL montre un dolichosigmoïde important avec dilatation gastrique. L'œsophage présente une image normale. A noter également qu'après évacuation du côlon persistent des taches résiduelles.

Dans ces conditions, on décide de pratiquer une série d'infiltrations splanchniques que l'on fait alternativement à gauche et à droite tous les jour.

Le 8 janvier 1943, après 4 infiltrations, l'état fonctionnel est très amélioré. L'enfant n'a plus qu'une seule selle par jour, loin des repas, sauf le 6 janvier où on note 2 garde-robes. Les matières sont mieux formées. On continue les infiltrations jusqu'au 14 janvier, puis on arrête le traitement alors que le malade a reçu dix injections de scurocaine. Dans les jours qui suivent, l'amélioration persiste; le petit malade n'a plus que deux selles par jour. Le ventre est moins volumineux.

Un lavement baryté de contrôle est pratiqué par SERVELLE le 29 février 1943. Il note : il existe toujours un sigmoïde très long remontant plus haut que l'ombilic. Le descendant est de calibre à peu près normal mais présente une anse supplémentaire. Le côlon transverse décrit au niveau

de l'angle droit une double boucle en W avant d'aboutir au côlon droit qui est beaucoup plus long que normalement. Après évacuation du lavement, il persiste de la bouillie dans le côlon transverse et dans tout le côlon gauche. En somme, on peut conclure à une amélioration par rapport au premier examen, mais le résultat est encore insuffisant.

Le résultat fonctionnel étant malgré tout satisfaisant, l'enfant sort de l'hôpital sans qu'on intervienne chirurgicalement.

Depuis cette époque, il mène une vie normale. Des nouvelles parvenues récemment apprennent que le ventre n'est plus ballonné et que des selles bien formées sont évacuées régulièrement deux fois par jour.

En somme, chez cet enfant atteint de dolichosigmoïde s'accompagnant d'un estomac dilaté, une série de 10 infiltrations splanchniques a permis d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant, quoique l'image radiologique de contrôle n'ait pas mis en évidence les résultats anatomiques que l'on pouvait espérer.

OBSERVATION III.

Dolichocôlon. Infiltrations splanchniques. Amélioration fonctionnelle immédiate.

M^{me} Yvonne P..., âgée de 30 ans, vient consulter le 8 février 1943 pour une diarrhée persistante.

Son histoire est la suivante : depuis décembre 1941, date avant laquelle elle était bien réglée, elle présente des règles douloureuses. On diagnostique alors un kyste de l'ovaire sur lequel on intervient.

Depuis ce moment, elle présente des douleurs abdomi-

nales diffuses, situées surtout à gauche, et irradiant vers les seins.

Les règles sont irrégulières et le 10 janvier, elle présente une métrorragie qui nécessite un curetage. Malgré cette nouvelle intervention, les douleurs abdominales persistent à type de coliques, sans rapport avec la station debout ou allongée. Le diagnostic hésite alors entre une rétroversion et des adhérences.

C'est à ce moment qu'elle est examinée dans le service du Professeur LERICHE qui demande une radiographie de l'abdomen après lavement baryté. Le sigmoïde décrit de nombreuses boucles dans le bassin, avant de dessiner une boucle verticale sur la ligne médiane, boucle qui atteint L₂. Le côlon gauche est d'aspect normal. Le transverse est nettement augmenté de longueur et décrit une boucle en U dont le sommet inférieur est à hauteur de S₁. Le côlon droit est normal.

En somme, on est en présence d'un dolichocôlon à prédominance sigmoïdienne et transverse.

On fait une série d'infiltrations splanchniques qui améliore beaucoup l'état fonctionnel de la malade. Douleurs et crises diarrhéiques ont disparu. Il nous a été malheureusement impossible de faire un contrôle radiographique.

OBSERVATION IV.

Dolichocôlon

**traité par les infiltrations splanchniques seules
et très amélioré fonctionnellement.**

M^{me} G... Marguerite, âgée de 36 ans, vient consulter le 22 février 1943. Elle souffre depuis le 28 octobre de dou-

leurs mal caractérisées avec sensations d'angoisse. Le traitement médical loin de provoquer une amélioration, accentue au contraire les troubles fonctionnels.

La palpation de l'hypochondre gauche met en évidence une masse assez nettement délimitée. Un cliché radiographique est demandé alors. On se trouve en présence d'un dolichocôlon des plus typiques.

Un traitement médical institué à ce moment semble amener une légère amélioration, mais apparaissent des phobies multiples et des angoisses à tel point que la malade devient incapable de sortir dans la rue sans être accompagnée.

A l'examen, tout est normal. Cette malade va très irrégulièrement à la selle, elle maigrit et présente une anorexie importante.

Une série d'infiltrations splanchniques améliore beaucoup ces symptômes. Après 12 infiltrations, les selles sont devenues normales. L'appétit est réapparu. De plus, elle-même affirme que les angoisses qui l'étreignaient et les phobies qui lui rendaient la vie très pénible disparaissent.

Dans ce cas, nous sommes donc en présence d'une malade très améliorée par l'effet des infiltrations splanchniques sans qu'on ait eu besoin d'intervenir.

OBSERVATION V.

Mégacœcum. Infiltrations splanchniques. Disparition des signes cliniques et radiologiques.

M^{me} A..., vient à la consultation du professeur LERICHE le 12 avril 1942. Depuis février 1942, elle souffre dans la région lombaire droite et dans le flanc droit, avec irradiations en ceinture vers l'abdomen.

Les douleurs surviennent par crises très violentes accompagnées de vomissements.

En même temps, il faut signaler que la malade présente des métrorragies. Elle constate même qu'elle perd plus au moment des crises. L'examen gynécologique est absolument négatif.

A la première crise qui a été très violente, on la met au repos et elle est traitée par les sulfamides. Cette thérapeutique n'empêche pas l'apparition d'une nouvelle crise peu de temps après. Elle consulte alors à Boucicaut où l'on pense à une affection rénale.

Un examen radiographique rénal est négatif. On pense alors à la possibilité d'une appendicite. Un transit intestinal montre peu de choses. On lui conseille cependant de se faire opérer. C'est alors qu'elle vient consulter le Professeur LERICHE. Il note une distension de la région cœcale et demande un lavement baryté pour vérifier l'état de cette région.

Cet examen est pratiqué le jour même.

Il existe indiscutablement une dilatation sur le 1^{er} cliché ; le cœcum mesure 9 cm. de largeur. L'appendice n'est pas injecté. On demande à la malade d'aller à la selle, puis on pratique une infiltration splanchnique droite. On voit immédiatement sous écran des contractions très nettes apparaître au niveau du cœcum. Un 2^e cliché est tiré. Le cœcum ne mesure plus que 6 cm. de largeur.

La malade doit aller encore une fois à la selle.

Alors que l'on considérait l'examen comme terminé, la malade est prise de très violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, l'obligeant à rester étendue. Une 3^e radio prise à ce moment montre que tout le côlon droit et la

moitié correspondante du transverse sont véritablement spasmodés.

L'ampoule rectale qui est la portion la plus dilatée ne mesure plus que 4 cm. de largeur. On voit nettement l'appendice en position normale et bien injecté. Ces douleurs ont duré une heure, puis tout est rentré dans l'ordre.

On institue un traitement par les infiltrations splanchiques. Le 4 mai 1942, 10 infiltrations ont été faites. Depuis la première, les douleurs ont disparu ; le ventre est resté ballonné pendant 5 à 6 jours, puis est devenu normal. La constipation a disparu.

Un contrôle radiologique a permis de constater que le cœcum a repris son volume normal. Il mesure 3 cm. de largeur.

La radioscopie a montré qu'il était le siège de contractions tout à fait normales et qu'après évacuation de la baryte, il n'y avait plus de stase cœcale.

Le 18 mai 1942, la malade va bien. Elle ne souffre plus, son ventre n'est plus distendu. Elle va facilement à la selle tous les jours.

Signalons également que pendant le traitement, les métrorragies ont disparu.

Cette observation montre combien il faut être prudent dans le diagnostic d'appendicite ; un examen radiologique est souvent bien nécessaire.

OBSERVATION VI.

Dolichosigmoïde et dolichotransverse.

Mégacœcum. Infiltrations splanchiques.

Amélioration anatomique et fonctionnelle.

M^{me} S... Yvonne, âgée de 43 ans, vient consulter le 14 mars 1943 pour des douleurs des membres inférieurs.

Elle a été opérée à Bordeaux le 16 novembre 1924 pour des adhérences cœcales. En 1919, elle avait déjà été appendicectomisée.

3 mois après la libération d'adhérences cœcales, elle continue à souffrir et l'on réintervient par voie médiane pour adhérences du côlon droit.

Depuis le mois de février, les douleurs de la jambe droite sont apparues. Le gros orteil s'œdématise un peu plus tard, puis l'autre jambe est atteinte.

Depuis ces interventions, son interrogatoire apprend qu'elle est très constipée. Elle reste 5 à 6 jours sans aller à la selle. De plus, la malade accuse un affaiblissement assez important.

Le 20 mars, un lavement baryté révèle une grosse stase cœcale avec caecum beaucoup plus large et plus long que normalement, allant jusqu'au contact du sigmoïde et plongeant nettement au-dessous du détroit supérieur, dans le petit bassin. On note également un *dolichosigmoïde* et une boucle supplémentaire sur le transverse.

Une série de 6 infiltrations splanchiques donnent une amélioration très notable des signes fonctionnels. Au point de vue anatomique, un lavement baryté de contrôle montre une diminution nette du calibre du caecum. Sur le sigmoïde et sur le transverse on note des contractions nettes.

Cette malade est donc améliorée par l'infiltration syplanchique seule sans qu'il soit besoin d'interventeur, et cette amélioration est aussi bien anatomique que fonctionnelle.

OBSERVATION VII.

Mégacœcum. Infiltrations splanchniques. Amélioration fonctionnelle considérable.

G... Claude, étudiant, est âgé de 19 ans. Depuis longtemps déjà de vagues douleurs dans la fosse iliaque droite s'accompagnant de selles lâches survenant par périodes avaient fait porter le diagnostic d'appendicite.

A l'examen on ne relève rien d'anormal, mais l'interrogatoire apprend que depuis 4 semaines environ le malade présente des douleurs post prandiales avec évacuation d'une selle dure immédiatement après le repas. Il va à la selle 3 à 5 fois par jour. On ne note jamais de constipation vraie.

Cette crise ne cédant à aucune médication, il est appendicectomié le 26 mars 1943. L'appendice contient quelques calculs stercoraux mais ne présente véritablement aucune inflammation.

A la suite de cette intervention, comme les douleurs ne cessent pas, on pratique un examen radiologique avec lavement baryté qui met en évidence un cœlon à peu près normal. Il est de calibre uniforme, et présente à l'examen radioscopique d'intenses contractions. Le côlon par contre est très augmenté de volume. Nous sommes donc en présence d'un mégacœcum à peu près pur.

Le 29, on commence une série d'infiltrations splanchniques droites. Au cours de la 1^{re} infiltration, le malade éprouve une douleur de même qualité que celles qu'il éprouve journellement.

Des la 2^e injection, il va mieux. Les selles sont moins fréquentes. A la 3^e, on ne note plus qu'une selle quotidienne.

Le 5 avril, il va bien, ne souffre plus, même quand il s'adonne à des exercices violents, ce que lui interdisaient ses douleurs, auparavant.

Revu dans les premiers jours du mois de mai, ce malade depuis la thérapeutique par les infiltrations splanchniques va très bien. Son transit intestinal est normal et il ne souffre plus.

OBSERVATION VIII.

Mégadolichocôlon. Infiltrations splanchniques.

Résultat fonctionnel satisfaisant.

M^{me} R... Lucie, âgée de 45 ans, vient consulter le Professeur LERICHE le 24 février 1943. Depuis son enfance, elle a toujours souffert de l'abdomen. Il y a 10 ans, on avait pensé à la possibilité d'un ulcus gastrique et un régime alcalinisant avait été institué. Aucune amélioration. Le foie ayant été ensuite mis en cause le traitement ne donna pas de meilleur résultat que le précédent.

Il y a 5 ans, elle est opérée d'une rétroversion. Par la suite est apparue une amélioration notable surtout marquée par la disparition des douleurs lombaires.

Depuis un an, la malade est encore plus ballonnée qu'auparavant et la constipation s'est encore accentuée.

C'est dans ces conditions qu'elle est examinée à l'hôpital Bellan. Au début de mars, on fait un 1^{er} lavement baryté qui montre un mégadolichocôlon évident, mais les clichés étant insuffisants, on fait un nouvel examen le 16 mars. Il s'agit surtout d'un dolichocôlon avec une anse sigmoïde très longue montant jusqu'à hauteur de L₂ et d'un côlon transverse qui descend jusqu'à 3 travers de doigts

au-dessus de la symphyse pelvienne avec une anse supplémentaire à sa partie moyenne.

LERICHE conseille une série d'infiltrations splanchniques. Très rapidement, dès la 3^e injection, on constate une amélioration fonctionnelle nette. On n'a malheureusement pas pu étudier radiologiquement l'évolution anatomique de ce mégadolichocôlon.

Quoi qu'il en soit, au début de mai, les symptômes douloureux et le météorisme avaient disparu, rendant la malade à une existence normale.

OBSERVATION IX.

Mégadolichocôlon avec mégarectum guéri par deux séries d'infiltrations splanchniques.

M^{me} B..., âgée de 61 ans, vient consulter en novembre 1942 pour des phénomènes douloureux de l'angle colique gauche.

Le début remonte au mois d'août 1942. A ce moment, c'est par une symptomatologie uniquement gastrique que l'affection s'affirme (vomissements tardifs 4 à 5 heures après les ingestions alimentaires et aqueuses, calmés par le décubitus) à telle enseigne qu'une radiographie du tube digestif supérieur est pratiquée.

On ne trouve rien au point de vue gastrique et pylorique, ni au point de vue duodénal, malgré les clichés pris en série. Un traitement symptomatologique institué à ce moment donne peu de résultats au début mais, sans cause apparente les phénomènes douloureux ainsi que les vomissements disparaissent pendant tout le mois d'octobre.

Au début de novembre, de nouvelles crises douloureuses apparaissent mais cette fois, les douleurs sont plus bas situées, à l'angle colique gauche, les vomissements surviennent sans horaire précis et amènent un amaigrissement qui s'accroît chaque jour. Il existe un véritable syndrome d'occlusion partielle avec constipation opiniâtre.

Une radiographie pratiquée à ce moment après lavement baryté montre un dolicho-mégacôlon avec mégarectum. Ajoutons qu'à ce moment, le poids de la malade est passé de 61 kgr. à 51 kgr.

Une série d'infiltrations splanchniques est commencée à raison de 3 par semaine. Les premières infiltrations donnent une légère amélioration. Si l'alimentation est plus facile, les douleurs de l'angle colique persistent très marquées, les vomissements sont encore fréquents, la constipation est toujours aussi opiniâtre.

Vers la fin de la série, l'amélioration devient plus évidente. Les vomissements ont à peu près disparu, mais l'appétit est médiocre. La douleur de l'angle colique est très atténuée; la constipation, par contre, est toujours très marquée. Une radiographie pratiquée après la série montre une amélioration anatomique considérable : le cadre colique reprend sa forme normale. Il présente seulement dans la région du côlon descendant et du rectum une augmentation de longueur et de volume.

En février, une nouvelle série de 6 injections est faite, à savoir de 2 par semaine pendant 3 semaines. A cette époque toute douleur de l'angle colique disparaît. Les vomissements n'ont pas récidivés et l'appétit revient.

En avril, la transformation s'accroît. Toute douleur a disparu, le transit intestinal est régulier, l'appétit est tout à fait normal, le poids augmente régulièrement. A la fin

du mois d'avril il est de 59 kgr. et augmente de 500 gr. par quinzaine.

Depuis cette période, la malade est suivie régulièrement. L'amélioration se confirme et actuellement elle est tout à fait guérie.

Nous sommes donc ici en présence d'un cas qui menaçait la vie de la malade et que l'infiltration splanchnique seule a complètement modifié.

B. MÉGADOLICHOCOLONS TRAITÉS PAR L'INTERVENTION

OBSERVATION X.

**Mégadolichocôlon très prononcé
traité par sympathectomie lombaire gauche
et ablation des ganglions lombaires des deux côtés.**

L'enfant B... Thérèse, âgée de 15 ans 1/2 est envoyée à la consultation du Professeur LERICHE pour mégacôlon.

Depuis sa naissance, elle présente une constipation très marquée avec des crises de ballonnement, sans crises douloureuses notables. Elle a toujours pris des laxatifs et elle arrive ainsi à aller à la selle à peu près tous les jours. Mais les selles disparaissent dès que l'on cesse la médication.

Actuellement, cette enfant présente le poids et la taille d'une enfant de 12 ans. L'abdomen est nettement ballonné, tympanique, et l'on sent à la palpation un énorme côlon descendant. La partie basse de la cage thoracique est très évasée. On ne note pas de caractères sexuels secondaires. En somme cette enfant présente un retard de 3 ans environ sur son âge.

Le 25 janvier 1943, est pratiqué un lavement baryté avec infiltration splanchnique bilatérale, la tension artérielle de l'enfant étant bonne (11, 6 1/2). Avant infiltration on trouve un énorme côlon gauche mesurant 14 cm. 1/2 dans sa plus grande largeur sans grosse dilatation du sigmoïde. Le côlon descendant est rempli de matières. Le lavement (1 litre 1/2 de bouillie barytée) passe facilement mais ne dépasse pas l'angle colique gauche. A noter que l'on ne voit à l'écran aucune contracture ni sur le côlon gauche, ni sur le côlon droit.

On fait une double infiltration splanchnique qui est très bien supportée par l'enfant (tout au plus note-t-on un léger degré de pâleur). A l'écran, on voit alors, nettement le côlon droit se contracter énergiquement. Aucun changement au niveau du côlon gauche qui mesure 14 cm. 1/2 dans sa plus grande largeur et qui, cependant, a évacué un peu de son contenu dans le transverse. Une radiographie prise à ce moment montre au niveau du transverse une contraction très nette sur une longueur de 15 cm.

Apparaissent ensuite des contractions au niveau du côlon gauche. La bouillie est refoulée vers le rectum d'une part (l'enfant a envie d'aller à la selle) et vers le transverse d'autre part. On voit nettement le défilé de la bouillie à travers l'angle gauche. L'enfant est obligée d'aller à la selle.

En continuant l'examen, on assiste à une importante diminution de volume du côlon gauche. Une radiographie prise à ce moment montre mal les contractions et la diminution de calibre, très visibles à l'écran (12 cm.).

L'enfant dans la demi-heure qui suit doit aller 2 fois à la selle. On voit très nettement de profondes et importantes contractions portant sur l'angle droit et allant jus-

qu'au sigmoïde. A noter que le côlon gauche dans la fosse iliaque gauche ne mesure plus que 9 cm. de longueur.

Enfin ramenée dans son lit, l'enfant a encore une évacuation spontanée.

Elle est examinée de nouveau à l'écran le 31 décembre 1942.

Le lavement baryté montre un énorme mégacôlon intéressant surtout le côlon descendant qui mesure 12 cm. 1/2 de largeur. Tout le reste du côlon est également dilaté, mais un peu moins que le gauche. Le sigmoïde est à peu près normal.

Le 28 janvier 1943, le Dr KUNLIN intervient sous anesthésie générale. Section du sympathique lombaire gauche et ablation des 1^{er}, 2^e et 3^e ganglions lombaires.

Le 2^e temps est pratiqué le 20 février 1943. Ablation des 2^e et 3^e ganglions lombaires droits par le Professeur LERICHE.

Les suites opératoires sont normales.

L'enfant sort de l'hôpital le 4 mars. Le ventre est moins distendu. Elle va à la selle régulièrement mais est encore obligée de prendre des laxatifs.

Des nouvelles récentes confirment ce résultat qui d'ailleurs va en s'améliorant.

Cependant, l'énorme dilatation côlique présentée par cette jeune malade n'a pu être ramenée à des proportions normales. On se trouve ici en présence d'un cas limite qu'on voit d'ailleurs rarement aussi accusé.

A l'appui de la théorie pathogénique du mégadolichocôlon soutenue par LERICHE, nous versons au dossier de cette malade l'examen histologique du sympathique lombaire prélevé au cours de l'acte opératoire et fait par Yvan BERTRAND le 20 février 1943. Il conclut : « dans les cellules

neuroganglionnaires, fines altérations nucléaires ; affinité irrégulière de la chromatine pour l'hématine, tendance à la pycnose et à la vacuolisation. Le protoplasme est homogène, sans surcharge pigmentaire importante. Très rares nodules résiduels « Il y a donc ici une atteinte anatomique du cordon sympathique.

OBSERVATION XI.

Dolichosigmoïde et mégacôlon ascendant traités par la sympathectomie lombaire : Ablation des 3^e et 4^e ganglions lombaires droits.

Jacqueline L..., âgée de 20 ans, est envoyée par le Dr LUCAS au Professeur LERICHE. Depuis le mois de mars 1940, elle présente une constipation dont elle ne peut avoir raison que par des laxatifs répétés. Au mois de mars 1940, étant donné la persistance de ce trouble, on fait une radiographie qui montre un dolichocôlon typique.

Le traitement médical amène une légère amélioration jusqu'au mois de septembre. Alors apparaissent des vomissements survenant régulièrement après chaque repas et qui ne peuvent être évités que par le décubitus dorsal.

Un nouvel examen radiologique est pratiqué en novembre 1942 par le Dr MARCHAL qui constate la présence d'un dolichosigmoïde avec boucle droite et la coexistence d'un mégacôlon ascendant. L'estomac est normal.

LERICHE conseille alors une série d'infiltrations splanchniques. Dix infiltrations sont pratiquées, à la suite desquelles on ne note aucune amélioration des vomissements, mais la constipation est beaucoup moins opiniâtre.

Le diagnostic de dolichosigmoïde et mégacôlon étant confirmé, on intervient le 30 janvier 1942. Le professeur LERICHE fait une incision iliaque droite sous anesthésie générale. Il sectionne le sympathique lombaire et enlève les 3^e et 4^e ganglions lombaires droits.

Il profite de l'ouverture pratiquée pour faire une appendicectomie. Il note un cœcum flottant et un côlon très mobile.

Les suites opératoires sont idéales et la malade sort le 11^e jour.

Elle est revue le 15 mai 1943. Elle va bien ; les douleurs ont disparues, ainsi que le ballonnement abdominal. Elle a une selle quotidienne, sans avoir besoin d'aucun laxatif.

Nous sommes en présence d'un excellent résultat obtenu par l'intervention chirurgicale alors que les infiltrations splanchniques n'avaient donné qu'un résultat très incomplet.

OBSERVATION XII.

Dolichomégasigmoïde et mégacœcum guéris par intervention bilatérale.

Le jeune René K..., âgé de 12 ans, est envoyé par son médecin à la consultation du Professeur LERICHE le 11 janvier 1943 parce qu'il présente des crises douloureuses abdominales depuis plusieurs mois. Elles surviennent après plusieurs jours de constipation et sont mal caractérisées. Sans laxatifs, l'enfant peut rester 10 jours sans aller à la selle. Même en administrant des lavements, ou des produits huileux par la bouche, les selles sont éloignées de 6 à 8 jours et très irrégulières.

Peu à peu les crises douloureuses se sont rapprochées sans d'ailleurs que les évacuations soient plus fréquentes. Actuellement, tous les 8 jours il présente des douleurs très violentes au niveau de l'hypocondre gauche, douleurs s'accompagnant de gonflement abdominal, de gaz, de nausées et de vomissements à type fécaloïde. On note de plus une anorexie complète durant 2 à 3 jours, jusqu'à ce qu'il y ait eu évacuation de l'intestin. Un régime alimentaire n'apporte aucune amélioration à cet état.

Examiné aux Enfants-Malades, une radiographie montre l'existence d'un dolichocôlon. Le 11 janvier, un lavement baryté pratiqué par le Dr SERVELLE fait conclure à la présence d'un important dolichomégasigmoïde montant jusqu'à hauteur de l'articulation coxofémorale pour dessiner ensuite le côlon ascendant. Le côlon droit est plus long que normalement mais n'a pas été rempli par la baryte.

Dans ces conditions, on soumet le malade à une série d'infiltrations splanchniques et l'on pratique un second lavement baryté le 29 janvier. Il existe toujours un important dolichomégasigmoïde. On note une anse supplémentaire sur le côlon descendant, deux anses sur le côlon transverse et un important mégaécœcum mesurant 8 cm. dans sa plus grande largeur.

10 minutes après une infiltration splanchnique gauche pratiquée sur la table, alors que l'enfant a dû aller à la selle, l'ensemble du côlon a pris un aspect normal et en particulier le sigmoïde qui ne dépasse pas L₅. Le transverse est en situation horizontale normale. Le cœcum est tout à fait normal et ne mesure plus que 4 cm. 1/2 au lieu de 8.

En somme, on obtient une très bonne réaction à l'infiltration splanchnique gauche, et l'on conseille l'intervention.

Dans un premier temps, le 2 février 1943 le Profes-

seur LERICHE pratique sous anesthésie générale une sympathectomie lombaire basse avec ablation des 2^e, 3^e et 4^e ganglions lombaires, à gauche.

Les suites opératoires sont normales et le malade réagit immédiatement après l'intervention.

Le 18 février, dans un deuxième temps, le sympathique lombaire droit est sectionné et les 2^e, 3^e et 4^e ganglions lombaires du même côté sont enlevés.

L'enfant sort de l'hôpital le 11^e jour. Un lavement de contrôle est pratiqué le 24 mars. A ce moment, le malade est très amélioré. Il n'a plus de ballonnement, l'alimentation est normale et il lui est possible de manger des farineux, des œufs, du chocolat. A cette amélioration fonctionnelle s'ajoute une amélioration radiologique.

Le passage de la bouillie barytée détermine de fortes douleurs. Il y a, sous écran, des contractions importantes. Le sigmoïde est moins gros qu'avant l'intervention et bien moins long puisqu'il n'atteint que le niveau supérieur de L₄. Le côlon gauche et le transverse sont tout à fait normaux. Le côlon droit n'a pu être injecté en raison des douleurs.

Après évacuation il reste un peu de baryte dans le transverse.

En somme, depuis l'intervention, on constate chez cet enfant une grosse transformation anatomique et fonctionnelle.

Un examen histologique du 20 février pratiqué par Yvan BERTRAND sur le sympathique lombaire a donné le résultat suivant : « dissémination très irrégulière des éléments neuro-ganglionnaires avec lésions cytologiques nettes : noyaux globuleux, souvent pycnotiques ; protoplasme va-

cuolaire à contours polycycliques, faible surcharge lipopigmentaire.

Multiplication anormale des corpuscules satellites et nombreux nodules résiduels. Autour des vaisseaux, accumulation de nombreux produits de désintégration lipidique ».

Dans ce cas, aux symptômes cliniques correspondent des lésions histologiques portant sur un élément sympathique.

OBSERVATION XIII.

Mégadolichosigmoïde avec mégacœcum non amélioré par un premier temps opératoire et très amélioré par un deuxième temps.

M^{lle} Jeanne G..., âgée de 25 ans, est envoyée par le Dr FERRIER le 1^{er} février 1943. Elle présente une constipation opiniâtre depuis 10 ans, constipation qui est allée en s'accroissant depuis ces 2 dernières années. Sans laxatifs, la malade n'a pas plus de 2 selles par semaine. A cette constipation viennent s'ajouter un ballonnement considérable et des douleurs gastriques.

Au point de vue général, on ne relève rien d'anormal si ce n'est, à un certain degré, des troubles vasculaires.

Constipation et ballonnement font pratiquer un lavement baryté qui met en évidence une énorme branche sigmoïdienne mesurant 6 cm. 1/2 de large et remontant jusqu'à la face inférieure de L₂. Le côlon ascendant est également plus long que normalement (9 cm. 1/2). Le transverse est normal et même spasmodique dans sa moitié gauche. Il existe une nette dilatation du cœcum ainsi que du côlon ascendant.

En somme, on est en présence d'un mégadolichosigmoïde avec mégacæcum.

Les infiltrations splanchniques ne donnant aucune amélioration, SERVELLE intervient le 6 février.

Sous anesthésie générale à l'éther, il pratique la section du splanchnique gauche et l'ablation des 1^{er}, 2^e et 3^e ganglions sympathiques lombaires gauches.

Après des suites opératoires idéales, la malade sort le 20.

Vers le milieu du mois suivant, elle est revue. On ne note aucune amélioration.

Le deuxième temps opératoire est pratiqué 12 jours plus tard. L'amélioration ne se fait pas attendre. Le ballonnement abdominal disparaît, et, sans laxatifs, la malade va régulièrement à la selle tous les 2 jours. Au mois de mai, l'état fonctionnel est satisfaisant et l'on a tout lieu de croire qu'il se maintiendra.

OBSERVATION XIV.

Mégadolichosigmoïde.

Sympathectomie lombaire gauche et ablation des ganglions lombaires. Résultat incomplet.

Josette S... est amenée en consultation le 5 février 1943. Agée de 15 ans 1/2 elle souffre du ventre depuis Noël 1942 par crises et vomit presque tous les jours. On ne note pas de constipation. Il s'agit de douleurs diffuses abdominales semblables à celles qu'elle avait présenté avant une appendicectomie faite le 5 décembre 1941.

On pratique un lavement baryté qui montre un spasme du côlon droit avec une dilatation et une augmentation de longueur du côlon gauche et en particulier du sigmoïde.

En l'examinant, devant un ballonnement si important le Professeur LERICHE demande qu'on vérifie radiologiquement s'il n'y a pas un mégaestomac surajouté. Une radiographie pratiquée le lendemain montre un estomac normal s'évacuant un peu trop lentement.

Une série d'infiltrations splanchniques est pratiquée à raison de 3 par semaine pendant 3 semaines. Au cours de ce traitement, si le ballonnement est toujours considérable, les vomissements ont presque disparu.

Un contrôle radiographique pratiqué fin février ne montre pas de grandes modifications de l'image précédente. On décide donc d'intervenir, et le 18 mars le Professeur LERICHE pratique la section du sympathique lombaire gauche et l'ablation des 1^{er}, 2^e et 3^e ganglions lombaires du même côté.

On note, après sa sortie de l'hôpital, une amélioration notable tant du ballonnement que des vomissements, mais cette amélioration ne semble devoir être durable qu'autant que le 2^e temps sera pratiqué.

OBSERVATION XV.

Mégadolichosigmoïde.

Sympathectomie lombaire gauche.

Grosse amélioration.

M^{me} Suzanne F..., âgée de 31 ans, vient consulter le 8 janvier 1943. Elle souffre de douleurs abdominales depuis de longues années.

Appendicectomisée en 1931, elle fait une atteinte pulmonaire gauche tuberculeuse à la suite d'une pleurésie séro-

fibrineuse. Elle fait une cure prolongée en sanatorium aux Escaldes où elle est opérée en 1939 pour annexite probablement bacillaire. On pratique alors l'ablation partielle des 2 ovaires et la résection partielle du nerf présacré. Elle est soulagée pendant 1 mois puis les douleurs réapparaissent sous forme de crises abdominales subocclusives.

Elle vient alors consulter à Bellan le 8 février pour douleurs abdominales diffuses avec ballonnement et constipation très marquée apparus d'ailleurs peu de temps après la dernière intervention.

Un lavement baryté est pratiqué le 10 février 1943. Il existe indiscutablement un mégadolichosigmoïde dont le sommet est à hauteur du disque vertébral séparant D_{12} de L_1 .

Cette anse sigmoïdienne très dilatée a une largeur de 8 cm. environ. Le reste du côlon paraît à peu près normal.

On commence une série d'infiltrations splanchniques gauches et dès la 5^e injection, on note que la malade n'a plus de crises.

Mais l'état reste stationnaire et le ventre est toujours très météorisé. Aussi, le 14 avril 1943, on pratique un nouveau lavement baryté qui montre toujours une boucle sigmoïdienne énorme et montant aussi haut qu'à l'examen précédent.

L'intervention est alors conseillée. Le 22 avril 1943, on procède à une résection du nerf splanchnique gauche et à une sympathectomie lombaire intéressant les 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e ganglions.

Les suites opératoires sont troublées par des phénomènes douloureux très marqués obligeant à mettre la malade à la glace et vraisemblablement en rapport avec la péritonite tuberculeuse.

Tout rentre bientôt dans l'ordre, et la malade part en convalescence très améliorée.

OBSERVATION XVI.

Mégadolichosigmoïde et mégacæcum. Infiltrations splanchniques. Intervention sur la chaîne lombaire et le splanchnique droits. Nette amélioration.

René F..., 8 ans, est amené le 15 février 1943 dans le service du Professeur LERICHE.

A l'âge de 2 ans, il a présenté des accidents abdominaux douloureux dont on n'a jamais précisé la nature. Il s'est agi d'abord d'une crise brutale et extrêmement douloureuse avec rétention d'urine et température. Transporté à l'Hôpital de Saint-Germain, dans le service du Dr LARGUET, on a dû le sonder pendant plusieurs jours ; le cathétérisme a ramené des urines claires jusqu'au jour où une débâcle pyurique se déclara (flore polynucléaire avec prédominance coli-bacillaire). On crut à un abcès de l'ouraqué vidé dans la vessie. Dans la suite tout rentra dans l'ordre, mais 10 mois plus tard, une crise semblable apparaît. On évacue du pus 2 à 3 jours après le début de cette crise.

Plus tard, l'enfant fait de temps à autre d'autres accès douloureux abdominaux avec fièvre et vomissements, tant et si bien qu'en 1941 on se résoud à lui enlever l'appendice. Cette intervention n'améliore pas l'état souffreteux de l'enfant : il s'agissait d'une thyphoïde qui fut confirmée bactériologiquement.

Par la suite, l'enfant continue à souffrir à intervalles irréguliers et il présente toujours un ventre volumineux et de la fièvre. On ne note aucune constipation.

Le Professeur LERICHE se demande alors s'il ne s'agit pas d'une dilatation d'organe et il demande une urographie, un examen gastrique et un lavement baryté.

L'urographie faite le 17 février 1943 montre nettement l'existence d'une hydronéphrose droite avec un bassinot globuleux et plus grand que le gauche.

Une radioscopie gastrique après ingestion de bouillie barytée montre un estomac d'aspect et de transparence normaux.

Le lavement baryté pratiqué le 15 mars montre une sigmoïde montant verticalement jusqu'à la hauteur de la première lombaire. Il est de calibre supérieur à la normale (7 cm. 1/2). Il redescend ensuite jusqu'à hauteur de la 2^e vertèbre lombaire puis, décrivant une courbe à convexité gauche, il remonte jusqu'à la partie inférieure de D₄ où il va se diriger en bas et à gauche vers la fosse iliaque gauche pour venir dessiner un côlon descendant normal. Le transverse présente une boucle supplémentaire dans sa moitié gauche et une autre boucle en W à son extrémité droite. Le cœcum est très large, ampullaire, et atteint 9 cm.

En résumé, mégadolichosigmoïde et mégacœcum.

On fait alors un test d'épreuve par une série d'infiltrations splanchniques qui améliore l'état douloureux et le ballonnement abdominal.

On intervient en 2 temps sur les chaînes sympathiques lombaires et sur le splanchnique droit de façon à s'adresser en même temps à l'hydronéphrose.

L'enfant a bien supporté ces 2 interventions dont les suites ont été absolument normales. Les résultats immédiats ont été satisfaisants au point de vue fonctionnel. Malheureusement il a été impossible de faire une radiographie de contrôle.

En tous cas, les nouvelles reçues au mois de mai sont excellentes. Le ballonnement abdominal si impressionnant a disparu ainsi que les crises douloureuses.

OBSERVATION XVII.

(Due à l'obligeance du D^r GATELLIER).

Mégadolichocôlon guéri par la résection des grand et petit splanchniques droits et l'ablation des 1^{er}, 2^e, 3^e ganglions lombaires gauches.

Le jeune M..., André, est âgé de 4 ans. Sa grand'mère l'amène le 10 octobre 1942 à la consultation du D^r GATELLIER aux Petits Ménages, et présente un cliché radiographique datant du 23 mars. Son histoire clinique est typique : depuis sa naissance, cet enfant a présenté des troubles du transit intestinal, caractérisés par des périodes de constipation opiniâtre, durant 8 jours environ et suivies de débâcles où il y a élimination d'une grande quantité de matières pendant 1 à 2 jours. Ces débâcles s'accompagnent d'incontinence.

L'examen radioscopique du 23 mars a été pratiqué par le D^r GIBERT qui note : le cheminement du lavement opaque est gêné par une intense aérocolie. Dilatation et allongement du sigmoïde dont le déroulement se fait dans la fosse iliaque droite. Allongement du côlon descendant. La

présence abondante de gaz n'a pas permis la progression du lavement au delà du descendant.

Conclusion : Mégadolichocôlon (sigmoïde et descendant).

A l'examen, l'enfant est un peu pâle et d'un aspect chétif. On est frappé par le volume considérable de son abdomen qui est globuleux, tendu, avec déplissement de l'ombilic et très légère circulation collatérale. Cette distension s'accompagne d'une gêne respiratoire assez marquée et d'un thorax très évasé dans sa partie inférieure.

A la percussion, tout l'abdomen est tympanique. Le péristaltisme est visible sous la peau et on le réveille par la manœuvre de Von WAHL. L'appétit est excellent.

On ne relève aucun antécédent héréditaire. L'enfant est né à terme ; l'examen général ne révèle rien d'anormal.

Devant ces symptômes, et les images radiographiques, le Dr GATELLIER porte le diagnostic de malade de Hirschsprung. L'enfant est hospitalisé.

Le 24 octobre, SERVELLE pratique une infiltration splachnique sous écran. Trois clichés sont pris. Le descendant et le sigmoïde qui sont très dilatés avant l'infiltration et qui sont remplis de gaz, réagissent peu à l'injection de scurocaïne. Il y a expulsion très incomplète sur la table. Une radio de contrôle prise 1/2 heure après l'infiltration, est beaucoup plus caractéristique. Les modifications sont importantes puisque le sigmoïde présente un calibre moitié moindre que ce qu'il était avant l'infiltration. On ne note aucune amélioration clinique.

On pratique alors 2 infiltrations splachniques bilatérales et 4 unilatérales. L'enfant reste très ballonné et l'on doit recourir à la prostigmine et au sérum hypertonique qui pendant 15 jours assurent une selle journalière.

Malgré les résultats peu encourageants des infiltrations, on décide d'intervenir.

Le 25 novembre, sous anesthésie générale à l'éther, LERICHE pratique une incision sous-costale gauche et enlève les 1^{er}, 2^e et 3^e ganglions lombaires gauches.

Les suites opératoires sont excellentes mais dans les jours qui suivent, on n'enregistre aucune amélioration clinique ni fonctionnelle. Le ballonnement est toujours considérable, la constipation opiniâtre, et on doit recourir de nouveau aux injections de prostigmine et au sérum hypertonique.

Le 2^e temps opératoire est pratiqué le 13 janvier sous anesthésie générale. LERICHE resèque alors les nerfs grand et petit splanchniques droits.

Les suites opératoires sont bonnes.

Le lendemain même de l'intervention, on assiste à une évolution que les thérapeutiques antérieures ne faisaient plus espérer. L'abdomen de globuleux est devenu normal, et l'enfant a chaque jour une selle spontanée sans aucune médication.

Signalons qu'à la suite de la seconde intervention est apparue une incontinence sphinctérienne anale.

Aussitôt qu'il était endormi, l'enfant souillait ses draps. Cette incontinence fut améliorée par rééducation.

Tout était à peu près rentré dans l'ordre à la sortie de l'hôpital, le 19 février. L'enfant a été revu une première fois le 25 février, puis vers le 10 mars. Il va bien fonctionnellement et cliniquement. Il n'a plus son ventre énorme comme auparavant, au point que, dit sa grand'mère, « toutes ses culottes sont beaucoup trop larges ».

L'incontinence a complètement disparu.

OBSERVATION XVIII.

(Due à l'obligeance du D^r GATELLIER).

Dolichosigmoïde et mégacœcum.

Splanchnisectomie. Disparition des signes cliniques et radiologiques.

M. L... Auguste, âgée de 37 ans, ouvrier métallurgiste, est envoyé à la consultation du D^r GATELLIER pour « un syndrome gastrique hyperchlorhydrique provoqué par une appendicite chronique ».

Depuis 10 ans, ce malade présente un syndrome douloureux post-prandial, sans aucune périodicité, ni rythme, ni horaire précis. Il est très gêné par des régurgitations acides ne s'accompagnant d'ailleurs pas de vomissements. Sur-tout, on note une constipation opiniâtre que seul le lavement peut vaincre.

A l'examen, on ne réveille aucune douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de phénomènes douloureux ni de ballonnement épigastrique ni abdominal. Tout au plus peut-on noter une vague sensibilité de l'hypochondre gauche. Le diagnostic est hésitant et l'on pratique un lavement baryté le 3 juin 1942.

L'ampoule rectale se dilate normalement mais il existe un dolichocôlon. On peut noter un point douloureux constant au niveau du sigmoïde, mais le bord interne n'est pas douloureux. Il faut 3 litres de liquide pour remplir l'intestin. Après évacuation de ce dernier, on ne peut noter aucune image suspecte. La région appendiculaire n'est pas injectée. 2 clichés pris avant puis après évacuation amènent aux mêmes conclusions : on est en présence d'un dolicho-

sigmoïde très net dont les boucles multiples sont très difficiles à interpréter. D'autre part, on peut noter un mégacæcum de 10 cm. de largeur.

On propose alors l'hospitalisation.

Le malade revient seulement 4 mois après. Pendant ce temps, il a été appendicectomisé, mais cette intervention n'a en aucune façon amélioré ses symptômes.

On intervient le 24 octobre. Résection des grand et petit splanchniques droits et du premier ganglion lombaire, sous rachianesthésie. Les suites opératoires sont bonnes.

De suite, l'amélioration fonctionnelle est nette. Le malade va à la selle spontanément tous les 2 jours. Il n'a plus de régurgitations et les phénomènes douloureux post-prandiaux disparaissent.

Le 2^e temps opératoire a lieu le 25 novembre. Incision oblique dans le flanc gauche. Ablation des 4^e, 3^e et 2^e ganglions lombaires gauches. Fermeture de la paroi en 2 plans.

Dans les suites opératoires, on peut noter une désunion de la cicatrice mais tout rentre bientôt dans l'ordre.

L'amélioration fonctionnelle constatée lors du premier temps est encore plus évidente.

Le 10 décembre, le D^r DESPREZ auquel le diagnostic n'a pas été communiqué fait un contrôle radioscopique et conclut : il existe une anse sigmoïde anormalement située. Le remplissage s'effectue normalement jusqu'au cæcum.

Comme on le voit, le radiologue ne signale même pas l'existence d'un dolichocôlon.

Le malade est vu le 26 décembre 1942. Il n'a plus de douleurs. Les selles sont régulières et biquotidiennes, spontanées.

Le 12 janvier, il reprend son travail.

Le résultat persiste au mois d'avril 1943.

OBSERVATION XIX.

**Dolichosigmoïde et mégacæcum. Résection
de la chaîne sympathique. Amélioration.**

M. M... Jean, âgé de 31 ans, présente des troubles depuis l'âge de 13 ans. Ces troubles sont essentiellement caractérisés par des vomissements et surtout une constipation opiniâtre que les laxatifs ne vainquent qu'avec difficulté.

Vers l'âge de 25 ans, apparaissent des angoisses et des troubles nerveux divers. Le psychisme de ce malade est littéralement hanté par son infirmité.

En 1935, le diagnostic de dolichocôlon est porté à Saint-Antoine où il est 21 jours sans aller à la selle. Il est soulagé pour un temps par le bismuth, mais bientôt la constipation réapparaît.

Mobilisé en 1940, il n'est pas reconnu malade et est même emprisonné. Il est enfin réformé pour « troubles nerveux et constipation opiniâtre ».

Une rectoscopie faite par SAVIGNAC à la Salpêtrière ne montre rien d'anormal et l'on conclut à un dolichocôlon banal.

Il vient à l'hôpital Bellan où l'on pratique un lavement baryté.

Cet examen montre une ampoule rectale un peu dilatée. Le sigmoïde s'injecte sans anomalie de calibre, mais il est très long. Il monte d'abord verticalement jusqu'à la limite inférieure de L₂. Il décrit ensuite une boucle à concavité inférieure gauche pour redescendre jusqu'au niveau du détroit supérieur, parallèlement à la portion précédente. De là, il remonte après avoir décrit une 2^e boucle à concavité supérieure, par un trajet en S italique, jusqu'au niveau de l'angle

splénique. Le côlon transverse n'est pas augmenté de longueur ni de calibre. Dans tout ce trajet, on ne peut noter aucune contraction.

Le côlon ascendant est nettement augmenté de volume. Il mesure 14 cm. dans sa partie supérieure et 11 cm. dans sa partie inférieure. Ces 2 portions sont séparées par une contraction très nette.

En somme, nous sommes en présence d'un dolichosigmoïde avec mégacœcum.

Sans s'arrêter à un traitement par les infiltrations splachniques, LERICHE intervient le 20 mars 1943. Il pratique une incision iliaque gauche sous anesthésie générale. Il résèque la chaîne lombaire sur 12 cm. environ et enlève les 2^e, 3^e et 4^e ganglions lombaires.

Dans les jours qui suivent, on ne note aucun changement. Mais 10 jours environ après l'intervention, le malade commence à présenter des selles tous les 2 jours, d'abord en s'aidant de laxatifs puis spontanément. Les angoisses disparaissent et l'état général s'améliore sensiblement. On peut croire qu'il ne sera pas nécessaire d'intervenir une deuxième fois et que le malade va se trouver très amélioré.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance du Dr MONOD).

Mégadolichocôlon. Infiltrations splachniques. Splachnisectomie droite. Ablation bilatérale des 1^{er} et 2^e ganglions lombaires. Grosse amélioration fonctionnelle et radiologique.

M^{lle} P... de V..., âgée de 18 ans, entre dans le service du Dr MONOD le 11 juillet 1942. Elle souffre depuis le mois de

février 1942 d'une douleur mal caractérisée de la fosse iliaque droite ainsi que d'un point costo-vertébral du même côté.

Cette crise douloureuse dure 5 semaines puis les symptômes douloureux rétrocedent. Dans le courant du mois d'août, une crise analogue éclate, qui s'accompagne de céphalées et de vomissements.

On ne relève aucun antécédent notable. A l'examen, l'abdomen est souple, mais on note une douleur vive à la pression de l'angle costo-vertébral et au niveau du point de Mac Burney. Le reste de l'examen ne révèle rien d'anormal.

Un examen radiologique pratiqué le 4 août, après lavement baryté, amène aux conclusions suivantes :

Le lavement opaque remplit, en provoquant une légère douleur, les différents segments du cadre colique qui semble élargi particulièrement au niveau de la région cœco-ascendante. Les clichés de remplissage et d'évacuation confirment l'élargissement important des différentes portions du gros intestin et principalement du cœcum et nous montrent la disparition presque complète des segmentations antrales.

En conclusion, mégacôlon à prédominance cœcale (le cœcum mesurant 8 cm. 1/2 de largeur), avec coexistence de dolichocôlon.

Le 31 août, on décide de pratiquer une série d'infiltrations splanchniques. L'état tensionnel de la malade étant satisfaisant (12-8), 5 infiltrations bilatérales sont faites à deux jours d'intervalle n'améliorant pas l'état fonctionnel.

Le 9 septembre, une radiographie de contrôle après lavement baryté met en évidence un cadre colique dont les différents segments sont élargis. L'examen comparatif des

clichés montre cependant une nette diminution de calibre du cœco-ascendant. De 8 cm. 1/2 le calibre est passé à 6 cm. 1/2.

Dans ces conditions, on décide d'intervenir chirurgicalement. Le 18 septembre, sous rachianesthésie, SERVELLE pratique une sympathectomie lombaire droite par voie sous-péritonéale. Les 1^{er} et 2^e ganglions lombaires droits sont réséqués après infiltration.

Les suites opératoires sont tout à fait normales.

Le 29 septembre, le côlon ascendant et le cœcum sont encore dilatés. Au point de vue fonctionnel, on note une amélioration légère des phénomènes douloureux, amélioration qui s'objective dans les jours qui suivent. La malade quitte le service le 18 décembre.

Revue dans le courant du mois d'avril, elle présente encore des douleurs et quelques vomissements. Quoique ces symptômes soient beaucoup moins accusés qu'avant l'intervention, on intervient à nouveau le 28 avril 1943.

Sous rachianesthésie, MONOD pratique l'ablation des 1^{er} et 2^e ganglions lombaires gauches. On ne coupe pas le splanchnique.

Les suites opératoires sont normales. Les signes radiologiques ont beaucoup diminués. Le cœcum ne mesure plus que 6 cm. 1/2 dans sa plus grande largeur.

Le syndrome douloureux disparaît. Cette amélioration persiste et à la fin du mois de mai, la malade ne présente ni douleurs, ni vomissements.

En résumé, chez cette malade, les infiltrations splanchniques ont amené une amélioration passagère. La splanchnisectomie droite avec ablation des 1^{er} et 2^e ganglions lombaires des 2 côtés a amené une amélioration très nette des signes radiologiques et fonctionnels.

*
* *

A la suite de l'exposé de nos observations, il nous a paru utile de les résumer dans le tableau ci-dessous :

Résultats du traitement neuro-chirurgical du mégadolichocôlon.

Observations	Age	Diagnostic	Infiltrations splanchniques	Intervention	Résultat	
					fonc- tionnel	radio- logique
I	41 ans	Dolichocôlon	+		+	
II	9 ans	Dolichocôlon + es- tomac dilaté	+		++	±
III	30 ans	Dolichocôlon	+		++	
IV	36 ans	Dolichocôlon	+		++	
V	30 ans	Mégacæcum	+		++	++
VI	43 ans	Mégadolichocôlon	+		++	++
VII	19 ans	Mégacæcum	+		++	
VIII	45 ans	Mégadolichocôlon	+		++	
IX	61 ans	Mégadolichocôlon	+		++	
X	15 ans 1/2	Mégadolichocôlon	+	+	++	±
XI	20 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	
XII	12 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	++
XIII	25 ans	Mégadolichocôlon	+	+	+	
XIV	15 ans 1/2	Mégadolichocôlon	+	+	+	
XV	31 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	
XVI	8 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	
XVII	4 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	
XVIII	37 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	++
XIX	31 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	
XX	18 ans	Mégadolichocôlon	+	+	++	++

C. — QUE CONCLURE DE CES FAITS ?

Au point de vue du diagnostic, nous ne voulons pas entrer dans les détails de celui de la maladie de HIRCHSPRUNG. Reconnaître cette affection chez l'enfant est généralement très facile et l'on ne peut guère discuter que le gros ventre de certains rachitiques et encore n'y a-t-il pas dans ces cas de troubles du transit intestinal.

Chez l'adulte, deux choses sont surtout à retenir. C'est tout d'abord *le diagnostic différentiel du mégacæcum ou stase cæcale avec l'appendicite chronique.*

On admet classiquement que 10 % des mégacôlons sont opérés d'appendicite.

Dans les observations que nous rapportons 5 cas ont été appendicectomisés et 2 cas ont été étiquetés appendicite, soit 7 cas au total.

Or ces malades ne sont nullement améliorés par l'intervention et on le comprend facilement. Il importe donc de ne pas poser ce diagnostic d'appendicite chronique trop à la légère. Dans tous les cas douteux, nous pensons que le malade devrait être soumis à un lavement baryté. Notre observation N° V est particulièrement démonstrative à ce sujet : alors que d'aucuns voulaient intervenir sur l'appendice,

une simple série d'infiltrations splanchniques a fait disparaître tous les troubles fonctionnels et le météorisme. Ces faits méritent d'être connus.

Une deuxième remarque doit être faite. C'est au sujet du diagnostic du mégadolichocôlon avec des formes discrètes de tuberculose périlonéale vues, soit à la période de début, soit beaucoup plus tardivement.

A la période de début, alors que les signes péritonéaux sont frustres, qu'il y a peu ou pas de liquide ascitique, ce qui domine ce sont les signes intestinaux, ralentissement du transit avec constipation marquée et météorisme, signes qui font penser à un mégacôlon. La radiologie vient confirmer cette hypothèse. Dans un cas de péritonite bacillaire anascitique avec de beaux clichés de mégadolichocôlon réagissant très bien à l'infiltration splanchnique, l'erreur fut reconnue sur la table d'opération alors qu'après la sympathectomie lombaire on faisait dans la même séance la cure radicale d'une petite hernie crurale. Sur le sac péritonéal réséqué, il existait de petites granulations que l'examen histologique montra être de nature bacillaire.

Dans un autre cas (Obs. XV), il s'agissait d'une péritonite bacillaire ancienne qui souffrait beaucoup d'un ralentissement du transit et qui, radiologiquement, avait une image très nette de mégadolichocôlon. Les suites immédiates de la sympathectomie furent marquées par une recrudescence des douleurs nécessitant la glace, mais ultérieurement tout rentra dans l'ordre.

CHAPITRE TROISIÈME

Les résultats du traitement neuro-chirurgical du mégadolichocôlon.

Nous l'avons déjà dit, l'infiltration splachnique seule sera réservée aux cas peu marqués. Il faut d'ailleurs faire remarquer ici qu'avant de commencer ce traitement, il importe d'évacuer le côlon par des purgations répétées. Il y a quelques mois, le professeur ABRAMI adressa au professeur LERICHE une malade atteinte de mégacôlon constaté radiologiquement et présentant une constipation particulièrement tenace. Un traitement par les infiltrations splachniques fut institué. A la 2^e injection aucune amélioration n'était survenue. On fait prendre à la malade une purgation. A la 4^e injection la malade est complètement transformée ; elle va régulièrement à la selle chaque jour, ce qui ne lui est pas arrivé depuis des années. Après cessation du traitement, le résultat se maintient.

Actuellement, LERICHE pense que, dans tous les cas où l'amélioration est lente à la suite d'infiltrations et qu'il existe des signes radiologiques nets, il faut intervenir. Cette opinion est basée sur le fait que les

sympathectomies pour des indications digestives n'ont aucune gravité. SEVERIS dans sa thèse rapporte 26 interventions sympathiques pour mégacolon sans un décès. Nous en rapportons 11 sans aucun accident, ce qui fait dans le service de LESACHE, depuis 1940, un total de 37 cas.

Nous pouvons dire que la sympathectomie lombaire avec ou sans splanchinsectomie n'est pas plus grave que l'appendicectomie.

Nous rappellerons pour mémoire que la mortalité dans la colectomie s'élève à 10 % et 50 %. PÉRISSON signale d'ailleurs que sur 117 cas de mégacôlons traités par la neurochirurgie, il y a eu 55 % de guérisons ou d'améliorations notables, 13 % d'échecs et seulement 2 décès.

Du point de vue de la qualité des résultats, parmi les cas que nous rapportons, un seul est un résultat incomplet. C'est celui de notre observation n° X. Dans ce cas, il s'agissait d'une dilatation vraiment énorme (11 cm. x 9) portant sur tout le côlon descendant et l'on comprend facilement que ce gigantesque côlon aux parois très épaissies ne revienne que lentement à un fonctionnement et à des dimensions à peu près normaux.

Dans ces cas de maladie de Hirschsprung le résultat vraiment exceptionnel, il faut toujours commencer par la double sympathectomie. Les observations de LESACHE rapportées par ses élèves VASSILAKOS, CAYE-REUX, SEVEILLÉ, montrent que dans la majorité des cas, cette double intervention suffit.

Exceptionnellement, quand elle est insuffisante, la colectomie est indiquée et cette opération plus grave que les précédentes sera mieux supportée, par suite de l'amélioration suivant habituellement le traitement neurochirurgical.

Comment concevoir le traitement neurochirurgical du Mégadolichocôlon.

LERICHE l'a nettement indiqué. Dans la plupart des cas, il faut faire l'intervention bilatérale.

Chez l'enfant, à part quelques exceptions, on hésite à associer à la sympathectomie lombaire la splanchnisectomie. D'ailleurs l'expérience montre que la double sympathectomie suffit presque toujours.

Chez l'adulte, dans les cas où le trouble atteint aussi bien le côlon droit que le gauche, il faut faire la double sympathectomie lombaire en y adjoignant la splanchnisectomie du côté où les troubles sont le plus marqués.

Dans les cas où le malade présenterait une tension légèrement au-dessus de la normale, on pourra, à la demande des lésions, faire la double splanchnisectomie.

En cas de stase cœcale, c'est la sympathectomie droite avec ou sans splanchnisectomie qu'il faut faire, et dans le cas où il subsiste un doute au point de vue appendiculaire, il est très facile, après l'ablation de la chaîne et avant la fermeture de la paroi, d'ouvrir le péritoine pour vérifier la région cœco-appendiculaire et faire, s'il y a lieu, une appendicectomie.

Conclusions.

1^o Classiquement, on admet que maladie de Hirschsprung, mégacôlon, dolichocôlon, stase cœcale, sont autant d'affections distinctes. Avec LERICHE, nous considérons que toutes ces affections dérivent d'un même trouble portant sur l'innervation extrinsèque relevant du sympathique inhibiteur aussi bien des fibres circulaires que des fibres longitudinales de la musculature colique.

Le mégacôlon et le dolichocôlon, dans leur forme pure, sont rares. Il s'agit le plus souvent de mégadolichocôlon. Dans nos observations, nous avons relevé :

- 2 cas de mégacôlon,
- 4 cas de dolichocôlon,
- 14 cas de mégadolichocôlon.

2^o Sur 20 malades atteints de mégadolichocôlon, 8 ont été l'objet d'une erreur de diagnostic. Dans un cas, la péritonite bacillaire a été méconnue.

7 fois les symptômes ont été attribués à une appendicite et sur ces 7 malades, 5 ont été appendicectomisés. Il y a donc là une cause d'erreur qui mérite d'être signalée.

3^o Une thérapeutique s'inspirant du rôle prédominant du sympathique dans la pathogénie du mégadolichocôlon restreint considérablement les indications de la colectomie qui ne sera tentée qu'après échec des interventions sympathiques : infiltrations splanchniques et neurochirurgie.

L'infiltration splanchnique suffit dans les formes bénignes, mais elle est insuffisante dans les formes marquées où elle est un excellent test préopératoire.

Dans la plupart des cas, il faut intervenir et faire par la voie sous-péritonéale de LERICHE une sympathectomie lombaire avec ou sans splanchnisectomie, selon les cas.

4^o Les résultats du traitement neurochirurgical sont très encourageants puisque dans les 20 observations que nous rapportons, nous notons :

16 fois la disparition du syndrome fonctionnel,

3 fois une amélioration fonctionnelle,

1 cas rebelle où il faudra peut-être envisager une colectomie secondaire. Il s'agit là d'une dilatation vraiment exceptionnelle.

Vu : le Président de la thèse,

M. ABRAMI.

Vu : le Doyen,

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ADSON. — Indicat. for and results obtained by sympathectomy by Hirschsprung's disease. *Surg. gyn. and obst.*, juin 1937.
- AUBOURG et LARDENNOIS. — Le^s dolichocolies. *Journal de Radiologie et d'Electricité*, t. I, janvier 1914.
- BENSAUDE. — Maladies de l'intestin, t. II. Masson, 1932.
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolichosigmoïde, in Maladies de l'intestin, de Bensaude. *Annales de Médecine*, 1930, t. XXVII, p. 364.
- BENSAUDE et HILLEMAND. — Maladie de Hirschsprung in Maladies de l'intestin.
- BLECHMANN. — Maladies des nourrissons et des enfants. Doin, 1942, p. 100 et 464.
- BOCCA. — Dolichocôlon et crises douloureuses abdominales. *Journal de Médecine de Lyon*, 1938, p. 507.
- BOPPE. — X^e Congrès de Pédiatrie de langue française. *P. M.*, 1938, p. 1803.
- CHIRAY. — Le dolichocôlon et son traitement hydrominéral. Société médicale de Paris, 11 mars 1938.
- CHIRAY, LOHMOM et WAHL. — Le dolichosigmoïde.
- CUVEREAUX. — Infiltration du splanchnique et du sympathique lombaire dans le mégacôlon et le dolichocôlon. Thèse Lyon, 1941.
- DUVAL. — Les résultats opératoires dans le traitement du mégacôlon. *Revue de Chirurgie*, 1909.

- Chirurgie du côlon pelvien. *Revue française de Chirurgie*, octobre 1913.
- *Annales de l'Académie de Chirurgie*, 3 janvier 1940.
- GATELLIER, MOUTIER (F.) et PORCHER (P.). — Radiologie clinique du tube digestif, t. II. Masson, 1930.
- GATELLIER et MERLE d'AUBIGNÉ. — *Annales des maladies de l'appareil digestif*, 1935.
- HALLEZ et BLECHMANN. — Syndrome de Hirschsprung apparu à l'âge de 3 ans. Société de Pédiatrie de Paris, 15 mai 1921.
- HILLEMAND. — A propos du mégacôlon et de sa classification. *Presse médicale* juillet 1942.
- HURST. — Anal achalasia and mégacôlon. *Guy's Hosp. rep.* 84, 317, 1934.
- LABBÉ (M.). — *Pathologie médicale*, t. VI, p. 446.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique.
- LERICHE. — Sympathectomie pour méga et dolichocôlon. *Lyon Chirurg.*, 32, 612, 1935.
- De la section du splanchnique dans le mégacôlon non compliqué, avec ou sans dolichocôlon. *P. M.*, 22 décembre 1937.
- Résultats du traitement du méga et du dolichocôlon d'après 25 observations. *P. M.*, 28 janvier 1941.
- Chirurgie de la douleur. Masson, 1937.
- Leçons du Collège de France, 1941-1942 ; 1942-1943.
- Neurochirurgie sympathique du côlon. *Progrès médical*, 6 janvier 1940.
- LERICHE et FONTAINE. — Technique de l'infiltration du sympathique lombaire. *P. M.*, 10 novembre 1935.
- De la section du splanchnique dans certains syndromes douloureux de l'abdomen. *Revue de Chirurgie*, 1938, p. 302.
- LERICHE, SOUZA-PEREIRA et DE BAKEY. — La résection

- des nerfs splanchniques. Technique et résultats. *A Medicina Contemporanea*, 27 juillet 1937.
- LERICHE et JUNG. — Sympathectomie et section du splanchnique pour méga et dolichocôlon. Résultats de 11 mois. *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie*, mars 1938.
- LETONDAL. — Le mégacôlon chez l'enfant. Thèse Paris, 1925.
- MAINGOT, SARAZIN et DUCLOS. — Exploration radiologique des côlons et de l'appendice. Masson, 1935.
- MARFAN. — Traité de Pédiatrie, p. 514. Masson, 1923.
- MERLE, SCOTT and MORTON (J. J.). — Sympathetic inhibition of the large intestine in Hirschsprung's disease. *Journal of clinical investigations*, vol. IX, n° 2, 20 octobre 1930.
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen. Masson, 1930.
- PASSLER. — Megakolon und Megacystis. Leipzig, 1938.
- PATEL. — Rapport au XXVI^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, 1913.
- PAUCHET. — Mégacôlon congénital. Traitement. *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris, 1919.
- ROGER et BINET. — Traité de Physiologie.
- ROHMER. — Traité de Médecine des Enfants, t. III, p. 1012. Masson, 1934.
- ROHMER et VALLETTE. — Le mégacôlon et le dolichocôlon. X^e Congrès des Pédiatres de langue française, octobre 1938.
- SAURAT. — Résultats de la splachnisectomie unilatérale pour dolichocôlon de l'adulte. Thèse Alger, 1940.
- SAVY. — Traité de thérapeutique. t. I, p. 413-553. Masson, 1940.
- SEILLE. — Pathogénie et traitement du mégacôlon. Thèse Paris, 1929.

SERVELLE. — La chirurgie du splanchnique. Thèse Paris, 1942.

SUARES. — Thèse Paris, 1921.

TINEL. — Système nerveux végétatif. Masson, 1937.

VASSILAROS. — Traitement neurochirurgical du mégacôlon idiopathique. Thèse Strasbourg, 1939.

